

Sol·licitud de certificat mèdic sobre l'existència de risc durant l'embaràs o la lactància natural per a treballadora per compte d'altri

Sol·licitud completa

Referència interna

L'ompliment defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la falta d'aportació dels documents que s'indiquen podrà exigir la seva esmena i, mentre no es produeixi, demorarà la tramitació de la sol·licitud. Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats, així com les instruccions per omplir-los.

MOLT IMPORTANT: El Certificat mèdic que se sol·licita justificarà, si escau, la necessitat del canvi de lloc de treball o de les funcions que fa. Només si aquest canvi no es produeix pels motius previstos legalment, podrà accedir, **amb posterioritat**, a la prestació de Risc durant l'embaràs o la lactància natural.

1. Dades personals de la sol·licitant

Nom		Primer cognom		Segon cognom	
DNI/NIE/Passaport		Data de naixement		Número de la Seguretat Social	
Adreça habitual (<i>Tipus de via, nom de la via</i>)					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Codi Postal
Localitat		Província		Telèfon mòbil	
Telèfon fix		Adreça electrònica			

2. Dades de la situació protegida

Se sol·licita el certificat mèdic sobre la necessitat de canvi de lloc de treball o de funcions compatibles amb l'estat de la sol·licitant per		
<input type="checkbox"/> Risc durant l'embaràs	Setmana de gestació a data de la sol·licitud	Data prevista de part
	És embaràs gemel·lar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Risc durant la lactància natural	Data de finalització del permís de maternitat	Data de naixement del fill/a
	S'ha optat per l'opció que l'altre progenitor gaudeixi de part del permís de maternitat? <input type="checkbox"/> Sí (s'ha de consignar la data en què s'extingirà el permís de maternitat cedit a l'altre progenitor. Data: <input type="checkbox"/> No	

Cognoms i nom

DNI / NIE / Passaport



Els camps en color taronja els ha d'emplenar MC MUTUAL

Registre d'entrada a MC MUTUAL

Sol·licitud de certificat mèdic sobre l'existència de risc durant l'embaràs o la lactància natural per a treballadora per compte d'altri

Assenyali els processos d'incapacitat temporal que hagi iniciat/mantingut durant els últims 6 mesos

Data baixa mèdica	Data alta mèdica	¿La baixa va tenir relació amb l'embaràs o lactància?	
		Sí (1)	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reconeixement mèdic laboral

<input type="checkbox"/> Anual	Data de realització:
<input type="checkbox"/> Inicial (2)	Data de realització:

(1) Si ha contestat que Sí que ha tingut processos d'incapacitat temporal relacionats amb la situació d'embaràs o lactància, li demanem que aporti la informació mèdica de què disposi en la revisió que dugui a terme amb el facultatiu d'MC MUTUAL

(2) Reconeixement mèdic realitzat abans o en la data de la contractació laboral

3. Dades de l'activitat laboral o professional

Datos de la empresa (a complimentar por la trabajadora)		
Raó social	CIF	
Codi compte cotització	Adreça (Tipus de via, nom de la via, número)	
Centre de treball (tipus de via, nom de la via, número)		
Localitat	Codi Postal	Província
El seu horari de treball és de (3):		
<hr/> <hr/>		
(3) Indiqui dies a la setmana i hores al dia. Per exemple: de dilluns a divendres, de 8:00 a 14:00 h. y de 16:00 a 18:00 h.		
Si està gaudint de vacances, indiqui la data de finalització:		
Si el seu contracte és fix discontinu, indiqui la data de fi de campanya:		
Si el seu contracte és de durada determinada, indiqui la data de fi de contracte:		
En cas de pluriactivitat o pluriocupació, indiqui la jornada de treball i les activitats que realitza (4):		
<hr/> <hr/>		
(4) Si és dona de fer feines en diverses llars familiars, especifiqui hores/dia de cada llar i les tasques que realitza		

Cognoms i nom

DNI / NIE / Passaport



Els camps en color taronja els ha d'emplenar MC MUTUAL

Registre d'entrada a MC MUTUAL

Sol·licitud de certificat mèdic sobre l'existència de risc durant l'embaràs o la lactància natural per a treballadora per compte d'altri

Descrigui amb detall les tasques que fa al seu lloc de treball

S'ha fet algun canvi en el seu lloc de treball per adaptar-lo a la seva situació actual?

Sí

No

Si ha indicat **Sí**, si us plau, especifiqui de manera detallada quins

Cognoms i nom

DNI / NIE / Passaport



Els camps en color taronja els ha d'omplir MC MUTUAL

Registre d'entrada a MC MUTUAL

Sol·licitud de certificat mèdic sobre l'existència de risc durant l'embaràs o la lactància natural per a treballadora per compte d'altri

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto, igualment, que quedo assabentada de comunicar a Mútua qualsevol variació de les dades que hi consten que es pugui produir d'ara endavant, i

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès que se m'estengui el certificat mèdic que justifiqui la necessitat del canvi de lloc o funcions que exerceixo com a conseqüència del risc durant l'embaràs o la lactància natural.

, de de

Signatura de la sol·licitant

AUTORITZO, mitjançant aquest document que la Mútua em pugui notificar, via telemàtica a l'adreça de correu electrònic que es detalla a l'apartat 1, actes relacionats amb aquest tràmit. **(1)**

SI NO

(1) Aquesta autorització està subjecta al fet que MC MUTUAL tingui desenvolupada la comunicació via telemàtica per a les diferents notificacions que cal fer. Les comunicacions que no puguin ser efectuades per via telemàtica es practican per qualsevol mitjà que permeti tenir constància de la recepció per l'interessat o el seu representant.

Una vegada comprovada tota la documentació, notificarem la resolució en un termini màxim de 30 dies comptats des de la data de recepció de la sol·licitud.



Documentació a presentar amb aquesta sol·licitud de certificació mèdica

- 1.** Fotocòpia del DNI, NIE o TIE de la treballadora
- 2.** En el cas de treballadores embarassades, informe del metge del Servei Públic de Salut que acrediti la situació d'embaràs i la data probable de part i/o cartilla de embaràs del Servei Públic de Salut o el seu metge privat
- 3.** En el cas de treballadores en situació de lactància natural, informe del metge del Servei Públic de Salut que acrediti la lactància natural i la data del part.
- 4.** En el cas de treballadores por compte d'altri (**no per a Dones de fer feines**)
 - 4.1** Certificat de l'empresa sobre l'activitat que desenvolupa i les condicions del seu lloc de treball (Model REL11006)
 - 4.2** Avaluació del lloc de treball que li facilitarà la seva empresa (Disposició Addicional 2a del RD 295/2009, de 6 de març i art. 16.2 de la Llei de prevenció de riscos laborals)
- 5.** En cas que hagi indicat situació de pluriactivitat o pluriocupació, ha d'aportar tota la documentació relativa a altres sol·licituds de risc durant l'embaràs o risc durant la lactància natural presentades en altres mútues per al seu actual embaràs o situació de lactància natural.

Li demanem que empleni aquest imprès de la manera més exacta possible; abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats. Escrigui amb claredat i en lletres majúscules per evitar errors. En aquest imprès li detallem tots els documents que ha d'aportar.

Aquest document podrà ser utilitzat per la Inspecció de Treball i Seguretat Social a l'efecte d'emetre l'informe previst en els articles 39.6 o 47.6 del Reial decret 295/2009, de 6 de març, en cas que hi hagi possibles contradiccions o indicis de connivència per a l'obtenció de la prestació. En aquest supòsit, el termini per resoldre se suspendrà durant un període màxim de quinze dies.

Informació detallada sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Mutual Midat Cyclops, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social nº 1 (MC MUTUAL).

Finalitat i legitimitat del tractament: Compliment de les activitats encomanades com a Entitat Col·laboradora de la Seguretat Social, a fi de tramitar la sol·licitud, de conformitat amb la legislació vigent. Sense aquestes dades no es pot realitzar aquesta tramitació.

Destinataris de les dades: Les dades no seran objecte de cessió a tercers aliens, excepte el supòsit de la remissió a la Direcció General d'Ordenació de la Seguretat Social, de la informació exigida pel mencionat Reial Decret per a l'aprovació de l'inceniu o, si escau, a la Direcció General de la Inspecció de Treball i Seguretat Social per comprovar la informació facilitada, a més dels supòsits d'autorització expressa de l'interessat o en virtut de l'aplicació d'una Llei que ho empari.

Termini de conservació de dades: El temps necessari per complir amb les obligacions i responsabilitats derivades de l'activitat de col·laboració en la gestió de la Seguretat Social.

Exercici de drets: Podeu accedir, rectificar, oposar-vos, suprimir les vostres dades i exercir els altres drets que teniu mitjançant escrit dirigit a MC MUTUAL, prèvia identificació, a l'avinguda Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correu electrònic del Delegat de Protecció de Dades, dpdatosmc@mc-mutual.com. També teniu dret a presentar una reclamació a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

Més informació: www.mc-mutual.com/protecciondedatos